

AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION CUESTIONARIO DE CONSULTA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **Ocupación:** _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia médica previa:

Historia quirúrgica previa:

Alergias (en su caso, explique reacción):

Medicamentos administrados actualmente:

Encierre uno con un círculo

Consumo de alcohol: Sí / No En caso afirmativo, cantidad por semana: _____ o por mes: _____

Consumo de tabaco: Sí / No En caso afirmativo, cantidad por día: _____

Preguntas generales sobre la salud (Indique si padece alguna de las siguientes):

<p>General:</p> <p>Sí / No Fiebre</p> <p>Sí / No Escalofríos</p> <p>Sí / No Cambio de peso reciente</p> <p>Piel:</p> <p>Sí / No Urticaria</p> <p>Sí / No Llagas/úlceras en la pierna</p> <p>Sí / No Cambio de color</p> <p>Cardiovascular:</p> <p>Sí / No Dolor de pecho</p> <p>Sí / No Palpitaciones</p> <p>Sí / No Hinchazón/dolor de piernas</p> <p>Respiratorio:</p> <p>Sí / No Tos</p> <p>Sí / No Falta de aire</p> <p>Oído, nariz, garganta:</p> <p>Sí / No Zumbido en los oídos</p> <p>Sí / No Disminución de la audición</p> <p>Sí / No Goteo nasal</p> <p>Sí / No Ojos llorosos</p> <p>Sí / No Dolor de garganta</p>	<p>Hematología:</p> <p>Sí / No Fácil formación de hematomas</p> <p>Sí / No Easy bleeding</p> <p>Músculo esquelético:</p> <p>Sí / No Dolor muscular</p> <p>Sí / No Dolor de articulaciones</p> <p>Neurológico:</p> <p>Sí / No Menor sensibilidad</p> <p>Sí / No Ataques de epilepsia</p> <p>Sí / No Debilidad</p> <p>Gastrointestinal:</p> <p>Sí / No Dolor de abdomen</p> <p>Sí / No Náuseas</p> <p>Sí / No Vómitos</p> <p>Sí / No Diarrea</p> <p>Sí / No Constipación</p> <p>Sí / No Heces con sangre</p> <p>Vista:</p> <p>Sí / No Cambio en la visión</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------